

230
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR EDGARD JOFFRION

Né le 17 février 1865, à Loulay (Charente-Inférieure).

ESSAI

SUR LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

~~~~~  
Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : { MM. GARIEL, professeur,  
WEISS, NETTER, agrégés.

~~~~~  
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

~~~~~  
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

—  
1893



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N<sup>o</sup>

250

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 14 Juin 1893, à 1 heure*

PAR EDGARD JOFFRION

Né le 17 février 1863, à Loulay (Charente-Inférieure).

ESSAI

SUR LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

~~~~~  
Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : { MM. GARIEL, professeur,
WEISS, NETTER, agrégés.*

~~~~~  
*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

~~~~~  
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur de A. Parent

52, RUE MADAME, 52

—
1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
Cliniques médicales.....	STRAUS.
	G. SÉE
	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
Cliniques chirurgicales.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN	DEJERINE	MARFAN	REITTERER
ANDRÉ	DELBET	MARIE	PICARD
BALLET	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAR	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BLANCHARD	GILBERT	NÉLATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR EDMOND JOFFRION

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Professeur de pathologie expérimentale et comparée
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

ESSAI
SUR LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES
DU
TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

PRÉFACE

Le typhus exanthématique est si rare en France, que l'on n'a guère eu l'occasion d'en étudier les formes anormales. Mais il n'en est pas de même dans d'autres pays, qui possèdent le triste privilège d'être souvent ravagés par cette grave affection. C'est en Irlande, en Russie, en Angleterre, en Silésie, sur les bords de la Baltique, que l'on a eu surtout l'occasion de rencontrer les typhus sidérants asphyxiques, à côté des typhus sidérants nerveux ou ictériques.

Nous avons eu l'occasion, tout dernièrement, d'observer deux cas de congestion pulmonaire chez des

typhiques; ces pneumonies hypostatiques nous ont vivement intéressé. Leur marche et leur aspect clinique ont été à peu près ce qu'on remarque en pareille occasion dans le cours de la fièvre typhoïde. Notre attention a été ainsi attirée vers les lésions de l'appareil respiratoire que détermine le typhus exanthématique et qui semblent être rares dans nos régions, si nous nous en rapportons aux auteurs français. Il nous a semblé qu'il serait utile de réunir en un travail d'ensemble les documents que l'on trouve épars çà et là sur ce sujet dans la littérature médicale. Nous avons reçu de M. le professeur Laboulbène d'excellents conseils. Ils nous ont été très utiles dans la rédaction de ce travail.

Exposons en quelques mots le plan que nous avons cru devoir suivre. Dans une sorte d'avant-propos, nous exposons l'état de la question, puis nous étudions les complications pulmonaires du typhus exanthématique, au point de vue étiologique, clinique et anatomo-pathologique. Puis nous indiquons la gravité relative de ces cas variables, qui est variable suivant l'intensité du processus morbide, l'âge des sujets et leur degré de résistance. Enfin nous rapportons les différents traitements qui ont été essayés et qui n'offrent du reste pas beaucoup d'intérêt, car ils sont purement symptomatiques. Un index bibliographique, que nous nous sommes efforcé de faire aussi complet que possible, indique les sources où nous avons puisé.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet nous adressons nos plus vifs remerciements à M. Durante, interne du service de M. Raymond à Lariboisière, qui nous a

dirigé auprès des malades et grâce auquel les observations nous en ont été confiées.

Que M. le professeur Straus veuille bien nous permettre de lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et en nous aidant de ses précieux conseils.

HISTORIQUE

Presque tous les auteurs français qui ont eu l'occasion d'observer des épidémies de typhus dans les casernes, les prisons ou dans les armées, insistent sur la rareté des complications pulmonaires dans le cours de cette maladie. « Il est rare, dit le professeur Gestin, qu'on ne trouve pas en arrière, presque toujours des deux côtés à la fois et dans la moitié inférieure du poumon, un souffle plus ou moins rude, de la bronchophonie et de la matité avec augmentation des vibrations vocales. Un de nos confrères de l'hospice civil de Brest m'a dit que dans un cas de typhus, il avait vu s'ajouter aux signes précédents des crachats rouillés, ce qui lui avait permis de diagnostiquer une pneumonie double concomitante. Mais si dans les cas soumis à mon examen, j'ai trouvé des signes non douteux de l'hépatisation pulmonaire, je n'ai pas pour cela admis l'existence de la pneumonie vraie. En effet, je n'ai jamais constaté de râle crépitant du début, ni de point de côté, ni d'élévation de la température. L'hépatisation s'est produite toujours d'une manière latente dans les points déclives des deux côtés à la fois, et une autopsie nous a permis de constater la couleur presque noire, la consistance flasque et non cassante, l'aspect lisse et uniforme des surfaces de section du tissu pulmonaire et l'absence de bouchons fibrineux de la pneumonie

vraie. L'hépatisation pulmonaire du typhus est donc le résultat, non d'une inflammation à exsudat fibrineux, mais d'une hypostase. » Maurin décrit bien des bronchites capillaires, mais il n'aurait observé qu'une fois l'existence d'une véritable pneumonie dans le cours de l'épidémie qu'il a observée en 1868 ; Gillet n'a noté qu'un cas de pneumonie sur 535 cas de typhus pendant l'épidémie de Riantec. Nielly qui a observé plusieurs épidémies de typhus s'exprime de la façon suivante : « Pendant la période fébrile on constate un catarrhe plus ou moins accusé de la muqueuse bronchique, moins susceptible de s'aggraver que celui du typhus abdominal et de déterminer la stase des excréctions bronchiques, les congestions hypostatiques des poumons, leur atélectasie. On constate habituellement une toux sèche au début, humide les jours suivants, des crachats denses et visqueux, un peu d'oppression rétro-sternale, une sonorité anormale du thorax toutefois, mais des râles sous-crépitaux bien différents de ceux de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire sans sibilance, une dyspnée modérée, un peu de faiblesse de la voix. Si d'autres symptômes surviennent on a alors affaire à l'une des manifestations du typhus anormal. Dans le typhus ordinaire le tracé de la respiration dénote l'accélération progressive de cette fonction. » Le maximum, le début, la chute seraient absolument parallèles à la marche de la température et du pouls. Cependant Nielly, qui avait parcouru les descriptions des auteurs étrangers, signale la possibilité d'un typhus sidérant asphyxique.

« J'arrive au pneumo-typhus. Nous l'avons vu déjà, l'état catarrhal de la muqueuse broncho-pulmonaire est la règle dans le typhus ordinaire, mais dans un certain nombre de cas graves, on constate autre chose que du catarrhe », et il décrit de la façon suivante les lésions du côté de l'appareil respiratoire, « hypostase, bronchite capillaire, état atelectasique, quelquefois mais bien rarement pneumonie fibrineuse, plus souvent pneumonie catarrhale, parfois mais exceptionnellement gangrène du poumon et pleurésie ».

Laveran, dans ses « Maladies des armées », déclare les complications respiratoires graves, exceptionnelles.

Dans la terrible épidémie qui frappa nos armées au début de la guerre d'Orient, les complications pulmonaires ont été signalées dans un certain nombre de cas, mais presque toujours ce sont des bronchites capillaires ou des hypostases. Lors de l'épidémie de typhus exanthématique qui désola l'Algérie en 1867, on nota plusieurs fois l'existence de lésions pulmonaires.

« Le médecin militaire Beaugrand constata à l'annexe de Bou-Saada un grand nombre de cas de typhus exanthématique : « Tous les cas sauf un seul ont été uniformément ataxiques. » La maladie durait neuf jours en moyenne à partir de l'éruption. Comme complications on note « épistaxis, érysipèle de la face, pneumonie. » Plus loin Vital dit : « Parmi ces dernières complications il faut citer particulièrement la pneumonie, la diarrhée, les angines pultacées et diphtériques. » Plus loin il parle de la fréquence des engorgements sanguins des bases et parfois d'infarctus

multiples. On note aussi des bronchites capillaires et des pneumonies catarrhales dans diverses épidémies de typhus exanthématique des départements bretons. »

Cependant en définitive on peut affirmer qu'en France les complications pulmonaires ont été rares et que les sujets ont succombé surtout aux complications nerveuses et aux complications ictériques (1). C'est ce qu'admet Jacquot dans son excellent article du Dictionnaire pratique de médecine. Voici, suivant lui, comment évolueraient les lésions du système respiratoire : « Les hypostases ne sont pas très rares ; il existe, dès le début, une toux sèche et fatigante, accompagnée parfois de douleurs sternales. La raucité de la voix est due, dans quelques cas, à une ulcération laryngée. La bronchite habituellement modérée peut s'aggraver et dominer la scène en envahissant les petites bronches et en dégénéralant en broncho-pneumonie. On observe aussi des pneumonies lobaires, parfois sans râles crépitants, ni expectoration. Cette complication est vraisemblablement due à *l'affaiblissement des contractions cardiaques* comme dans la fièvre typhoïde. »

Les auteurs étrangers semblent avoir plus souvent vu des complications pulmonaires que les auteurs français, et cela s'explique aisément. Sauf en Algérie et en Bretagne, jamais les Français n'ont eu à supporter ces terribles épidémies de typhus qu'on a signalées si souvent en Silésie et en Irlande. Chauffard allait jusqu'à

(1) C'est l'opinion exposée par Laveran dans ses « *Maladies des armées* ».

prétendre que la race française était réfractaire à cette maladie. En tout cas on peut affirmer que les conditions hygiéniques plus favorables de cette contrée ôtent au mal une grande partie de sa violence. Prenons les épidémies de typhus exanthématique allemandes. On sait qu'en Allemagne le mal a été longtemps en quelque sorte endémique en Silésie. Mais de ce foyer malade ont rayonné de temps en temps des foyers secondaires dans la Prusse orientale, dans le grand-duché de Posen et même en Poméranie et au Mecklembourg. Eh bien ! les auteurs qui ont relaté ces épidémies ont souvent parlé de l'existence de graves complications pulmonaires. Ainsi, sans remonter aux années où le typhus exanthématique était encore mal connu des praticiens allemands et souvent confondu avec la fièvre typhoïde et même avec la rougeole et en s'en tenant aux épidémies relativement récentes, voici ce que nous avons relevé :

Dans les *Archives für Klinische Medicin*, 44^e vol., p. 36, 1866, Moers a signalé dans la petite épidémie qu'il a observée à Bonn, et dont il s'est fait l'historien, la précocité du catarrhe bronchique qui se montrait en même temps que les autres symptômes prodromiques et dégénérait souvent, à une période plus avancée, en hypostase dangereuse. Cependant il n'y eut pas de mort. L'auteur n'a vu aucune pneumonie franche se produire, et il n'a jamais constaté l'existence de pleurésies.

Dans la description très complète des épidémies exanthématiques qui ont désolé la Prusse orientale en 1868 et en 1869, le Dr Passauer (*Über den exanthematischen Typhus in Klinischen und Sanitätspolizei Beziehung*)

nach Beobachtungen Während der Ostpreussenepidemie des Jahrs 1868 und des Jahrs 1869. Erlangen, 1869, Ferdinand Enke) signale la grande tendance aux hypostases, dans les cas graves de cette affection. De plus, les malades étaient tourmentés par une toux fatigante.

En 1880, 1881, 1882 la Prusse orientale fut ravagée de nouveau par une épidémie de typhus exanthématique. Les cas qui entrèrent à l'hôpital de Königsberg, furent extrêmement nombreux. Le Dr Seliger (Die Flecktyphus epidemien in der Stadthschen Krankenanstalt zu Königsberg in den Jahren 1880, 1881, 1882. Berliner klinische Wochenschrift, 1888, p. 1046), signale la rareté du catarrhe bronchique chez les malades. Mais il avoue que les formes très légères peuvent lui avoir échappé, à cause de l'encombrement et du petit nombre du personnel médical. Mais par contre, sur les 672 malades, il y eut 28 pneumonies et 1 pleurésie. 3 tuberculeux qui avaient contracté l'affection succombèrent rapidement. Les complications pulmonaires sont survenues le 5^e jour (2 cas), le 7^e (2 cas), le 9^e (2 cas) et le reste vers la fin du 2^e septénaire, et surtout du 9^e au 14^e jour. Il y a eu seulement 3 cas de mort, et dans ces 3 cas, on n'a point noté de délire, qui, au contraire, s'est montré avec violence chez plusieurs des malades qui ont guéri. Chez un malade, on a noté un cas de laryngite très grave avec ulcération et nécrose des cartilages, qui s'est terminé par la mort. L'hypostase des deux poumons s'est montrée avec fréquence. Les épistaxis se sont montrés abondants et répétés chez beaucoup des sujets qui ont été atteints du typhus exan-

thématique. Mossler, qui a observé une épidémie à Giessen (voir *Real Encyclopedie d'Eulemburg*) a noté que chez les vieillards les complications pulmonaires étaient fréquentes et beaucoup plus graves qu'aux autres âges de la vie.

Comme on le sait, pas plus que l'Allemagne, l'empire d'Autriche n'est exempt des épidémies de typhus exanthématique. La Bohême, la Moravie, la Gallicie se trouvent à peu près dans les mêmes conditions climatériques, telluriques et sociales que la Silésie qui leur est voisine. Ces régions sont souvent visitées par le mal et si la Bohême est aujourd'hui moins fréquemment épuisée, il n'en est pas de même des poussées galliciennes. Or, au milieu des détails statistiques et autres que fournissent ceux qui ont relaté ces épidémies, on trouve parfois mentionnée la gravité particulière de certaines complications de l'appareil respiratoire. Les faits sont mieux décrits et plus abondamment dans les rapports annuels que publient chaque année les administrations des grands hôpitaux de Vienne. Ainsi dans le *Bericht der Kaiserlichen Krankenanstalt Rudolph-Stiftung* en 1863, le D^r Löbl médecin en chef signale chez les nombreux malades atteints de typhus exanthématique, quelques cas de complications pulmonaires graves. Les troubles respiratoires ont eu une influence très manifeste sur le pouls et sur la température. Les complications pulmonaires et nerveuses survenaient avec beaucoup de brusquerie.

Dans le rapport annuel du même hôpital pour l'année 1869 le D^r Löbl signale la fréquence des cas graves

de typhus exanthématique parmi les malades qui ont été traités dans le cours de cette année 1869. Or chez la plupart la gravité du pronostic était due à la violence du catarrhe bronchique et à l'intensité de la congestion hypostatique des poumons.

En 1868, les cas de typhus exanthématique ont été très nombreux à l'hôpital général de Vienne (voir Bericht aus dem allgemeinen Krankenhause zu Wien 1868-1869). Sur 288 malades atteints de cette affection il y a eu 21 pneumonies dont 10 se sont terminées par la mort. Il y a eu 4 cas de bronchite généralisée dont un mortel.

Dans la grande Bretagne les complications pulmonaires ont été souvent signalées dans les épidémies anglaises et écossaises. Il en est de même pour les épidémies irlandaises beaucoup plus intenses et beaucoup plus fréquentes. Dans ses cliniques médicales, traduites en français par M. le professeur Jaccoud, le célèbre Graves signalait l'asphyxie fréquente des malades, que ne révélait ni la toux, ni les phénomènes habituels de ces affections pulmonaires. Il recommandait de traiter ces complications, par des vésicatoires larges et répétés. Buchanam s'exprime ainsi sur les troubles pulmonaires que l'on peut voir survenir dans le cours du typhus exanthématique. « Les symptômes qui ressortent de l'appareil respiratoire sont si importants et si communs qu'ils doivent être considérés comme une part essentielle de la maladie. Dans beaucoup de cas de typhus, on entend dans le deuxième septenaire des râles secs aux bases des poumons. Aussi faut-il ausculter jour par jour les poumons, quand même il n'existerait point de signes phy-

siques. C'est ainsi qu'on pourra éviter les signes que nous allons énumérer. La peau des joues se fonce, les lèvres prennent une teinte bleuâtre, preuve que l'oxygénation du sang se fait mal. Cela peut se produire sans toux, mais il y a accélération des mouvements respiratoires. Bien que le malade ne se plaigne pas de point de côté, l'attention doit être dirigée alors spécialement du côté du poumon. Souvent on ne trouve aux bases que quelques râles secs avec matités des deux bases. La matité remonte à six travers de doigt des bases, mais parfois elle atteint l'angle inférieur des omoplates. Avec de la matité on note de l'augmentation des vibrations vocales, de la respiration accélérée et quelques râles sous-crépitants.

Les râles crépitants fins sont relativement rares dans la zone de matité. On ne saurait trop insister sur ce fait qu'il peut ne pas y avoir de toux ni d'expectorations et que, seule, l'obscurité du son à la percussion peut appeler l'attention du côté de la poitrine. Quand les râles crépitants de la deuxième période apparaissent, la toux peut devenir plus fatigante et l'expectoration se produit. Elle consiste en crachats demi-transparents, visqueux et adhérents, mal aérés, et parfois parsemés de stries sanguinolentes, comme dans la pneumonie fibrineuse.

La bronchite et l'induration des poumons sont fréquentes à se produire dans la deuxième période, c'est-à-dire le quatorzième jour de la maladie. Cette complication pulmonaire constitue souvent une maladie surajoutée pendant la troisième semaine. Leur présence

rend incertain le pronostic, et empêche la convalescence de s'affirmer pendant plusieurs jours. Les signes physiques disparaissent rapidement, quand la maladie doit se terminer par guérison ; mais si l'obscurité du son a occupé une certaine étendue, le malade n'en est pas quitte avant plusieurs semaines, même quand il reprend ses forces, et qu'il n'a plus guère que cette matité comme phénomènes morbides. Quand le typhique doit succomber à une complication pulmonaire, les symptômes asphyxiques s'accroissent, et presque toujours la respiration s'embarrasse. » Buchanam signale en tête des complications, la broncho-pneumonie qui se termine quelquefois par gangrène, mais qui en général vient dans le cours d'une semaine ou deux. Cet auteur dit même, qu'à cause de la fréquence de la pneumonie du typhus exanthématique, ce typhus est parfois difficile à diagnostiquer de la pneumonie véritable. (*Reynolds system of medicine.*)

CAUSES QUI SEMBLENT FAVORISER LES COMPLICATIONS PULMONAIRES DANS LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

Nous savons bien peu de choses, sur ce sujet. Tout ce qu'on peut dire, c'est que d'après Mossler et d'autres auteurs étrangers, ce seraient les deux âges extrêmes de la vie, qui y seraient tout spécialement prédisposés.

Dans l'épidémie de Giessen qu'il a étudiée attentivement, Mossler aurait vu que les lésions pulmonaires atteignaient surtout les vieillards des deux sexes plutôt que les sujets plus résistants. On a remarqué aussi que toutes les épidémies ne présentaient point également ces mêmes complications de l'appareil respiratoire : dans certaines, le typhus sidérant asphyxique serait une rareté, tandis que les accidents méningitiques ou ictériques montreraient au contraire, une grande fréquence. Quelques auteurs ont soutenu, que dans les *saisons froides* et humides, le typhus exanthématique avait plus de tendance à porter son action du côté des bronches. Mais toute vraisemblable qu'elle est, cette assertion ne paraît pas avoir été toujours vérifiée par les faits. En définitive, on en est réduit sur ce point intéressant à des conjectures, à des hypothèses plus ou moins risquées, à des explications banales invoquant l'idiosyncrasie, la résistance plus faible des sujets ; mais alors pourquoi telle complication que telle autre ? Du reste, l'embarras des nosologistes est le même pour les lésions pulmonaires d'une foule d'autres maladies infectieuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions pulmonaires du typhus exanthématique ressemblent beaucoup à celles que l'on retrouve, par exemple, dans le cours d'une fièvre typhoïde. Du côté du larynx, contrairement à ce qu'on observe dans la dothiéntérie, les altérations sont le plus souvent très légères, et se bornent à une vascularisation plus apparente de la muqueuse un peu oedématiée ; parfois il y a une inflammation véritable. Dans certains cas, cependant, Buchanam a signalé l'existence d'ulcérations, principalement sur la corde vocale inférieure. L'hyperémie est assez marquée aussi du côté de la trachée, des grosses bronches et même des ramifications bronchiques.

Lorsqu'il y a eu bronchite capillaire, on voit la muqueuse turgescente, lisse, au lieu d'être pliée longitudinalement ; ses vaisseaux sont distendus, gorgés de sang, les globules blancs ont pénétré par diapédèse dans les régions voisines. Les cellules épithéliales ont perdu leurs cils vibratiles et deviennent vésiculeuses. Elles se desquament par place. Les glandes sont tuméfiées, et laissent échapper par pression du mucopus. Le tissu cellulaire sous-muqueux est également congestionné et oedématié. Ça et là, quand la maladie a duré un certain temps, on voit que les petites bronches ont subi une dilatation parfois très notable et qui est le plus souvent cylindrique, quelquefois ampullaire. Il se forme des bouchons muqueux qui déterminent l'état atelectasique

des parties sous-jacentes. Cet état atélectasique serait vraiment fréquent, et il a été signalé par la plupart des auteurs. Cet état foetal en quelque sorte du poumon, n'existe du reste qu'aux bases et sur les bords de l'organe. Non seulement la partie inférieure du poumon est fortement congestionnée et crépite mal, mais on trouve çà et là des petits points d'induration. La pneumonie lobulaire est rarement pseudolobaire ; le plus souvent elle est disséminée. Elle n'offre rien de spécial au point de vue histologique ; ce sont des amas cellulaires avec fort peu de fibrine et le maximum des lésions se trouve autour de la bronche intralobulaire. Celle-ci est dilatée, obstruée, congestionnée ; son épithélium a disparu, et ses éléments musculaires sont souvent altérés.

La congestion ou pneumonie hypostatique se révèle par la rougeur, l'œdème des bases : le poumon est résistant, lisse à la coupe, qui donne issue à une abondante sérosité ; les parties les plus atteintes ne crépitent plus. C'est dans ces régions malades que l'on trouve principalement les foyers hémorrhagiques, qui ont le plus souvent la forme d'infarctus, mais qui parfois offrent un aspect plus irrégulier et plus étendu. Buchanam, Mossler, les auteurs américains, etc., ont insisté sur la fréquence des foyers hémorrhagiques.

La pneumonie fibrineuse n'existe pas, si on s'en rapporte aux médecins qui ont pratiqué de nombreuses autopsies chez les sujets atteints de typhus exanthématique.

Quant à la pleurésie, le plus souvent séreuse, parfois purulente, elle n'offre rien de spécial.

MÉCANISME DES LÉSIONS QUI FRAPPENT L'APPAREIL RESPIRATOIRE DANS LES CAS DE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

Quel est le mécanisme des lésions de l'appareil respiratoire que l'on voit survenir dans le cours du typhus exanthématique?

Nous croyons comme Gestin, comme Nielly, comme Mossler, que la parésie du cœur, le décubitus dorsal prolongé, et un certain degré de paralysie vasculaire, doivent être surtout invoqués. En effet, l'hypostase pulmonaire change avec l'attitude des malades, et d'autre part, les lésions anatomiques sont bien celles que l'on rencontre chez les sujets qui ont succombé au typhus abdominal, c'est-à-dire qu'on y rencontre les altérations de la stase pulmonaire. Cette théorie est parfaitement valable pour les pneumonies hypostatiques. Mais est-elle encore applicable aux faits, si c'est la broncho-pneumonie qui domine la scène morbide? On peut admettre qu'il s'agit là, de ces cas d'infections secondaires dont on a souvent constaté la fréquence dans la rougeole et la fièvre typhoïde. La gangrène pulmonaire concorde le plus souvent avec des gangrènes placées dans d'autres points de l'organisme. Enfin les pleurésies semblent toujours concorder avec des foyers de broncho-pneumonie sous-pleuraux.

DESCRIPTION CLINIQUE.

Les complications respiratoires qui peuvent survenir dans le cours du typhus exanthématique, sont très variables comme nature, comme intensité, comme époque d'apparition, et cela s'explique aisément quand on songe à la diversité de leur mécanisme. Quelle corrélation en effet établir entre ces catarrhes, laryngés et bronchiques, ces congestions pulmonaires précoces, et ces bronchopneumonies, ces gangrènes qui comme le fait remarquer Thoinot, sont certainement des affections secondaires ? Les unes se montrent dans le 2^e septénaire, parfois même dans la première semaine, les autres ne surviennent guère qu'au moment de la convalescence. Les premières sont curables, quelque graves qu'elles soient, les autres de nature éminemment septique, surtout quand elles succèdent à des escharres, sont à peu près fatalement mortelles. Tout ceci explique pourquoi il est impossible, de dresser un tableau clinique uniforme de ces sortes de complications.

La laryngite aiguë simple ressemble beaucoup à celle qu'on observe par exemple dans le cours de la rougeole. Elle s'annonce par une sensation de chatouillement. La sensibilité à l'air peut être exagérée, l'air paraît froid et peut exciter la toux. Plus souvent la voix perd son timbre normal. Les notes supérieures sont perdues ; le caractère de la voix se trouve altéré grâce aux mucosités qui recouvrent les cordes vocales ; parfois elle est presque éteinte, toujours

elle est enrouée. La respiration s'accomplit librement. La marche de cette affection très bénigne, n'offre rien de sérieux : le pronostic reste entièrement subordonné à celui de la maladie dont elle n'est qu'une simple détermination locale. Mais les symptômes sont tout autrement graves dans le laryngo-typhus. Comme la fièvre typhoïde et la variole, le typhus exanthématique peut présenter, dans des cas exceptionnels il est vrai, des manifestations laryngées intenses qui semblent dues à des infections secondaires, car comme le fait remarquer Thoinot, elles succèdent à une ulcération des cordes vocales, à un érysipèle du cou, du pharynx ou de la face, à des parotidites ou à des abcès pharyngiens.

La marche des accidents et leur aspect clinique ressemblent beaucoup à l'œdème de la glotte. La respiration s'embarrasse, le malade a la sensation d'un corps étranger qui l'étrangle, la dyspnée s'accentue et prend de grandes proportions. L'inspiration devient bruyante, et détermine la production d'un sifflement caractéristique, la voix est rauque et voilée, et le malade résiste d'autant moins que cet accident se produisant au moment de la convalescence, il est épuisé par la maladie antérieure.

Le catarrhe de la muqueuse bronchique ne manque pour ainsi dire pas : il est plus ou moins accentué suivant les cas et rarement dangereux. Il est moins susceptible en effet de s'aggraver, dit Nielly, que celui de la fièvre typhoïde. Il s'annonce par une toux sèche au début, humide les jours suivants, des crachats denses et visqueux et un peu d'oppression rétro-sternale. Parfois comme le

font remarquer quelques auteurs, la toux peut manquer malgré l'existence de râles sibilants et de râles humides. D'après Nielly, les râles ne seraient jamais secs. Mais cette assertion est démentie par ce que rapportent d'autres auteurs. En général la sonorité du thorax est diminuée à cause de l'existence concomitante d'une congestion pulmonaire ; Buchanam, qui fait remarquer avec juste raison que la matité occupe la base des poumons, dit qu'elle peut parfois atteindre la pointe inférieure des omoplates.

La congestion hypostatique des poumons, se reconnaît surtout à l'accélération de la respiration et du pouls, à la teinte cyanosée des lèvres, à l'affaissement du malade, tout autant que par les signes physiques qui sont parfois assez indécis. Il y a de la matité, du souffle et des râles sous-crépitaux. L'hypostase est assez tardive, et se produit surtout vers la fin du 2^e septénaire. Elle manque rarement dans les formes intenses (Thoinot) ; dans certains cas c'est elle qui donne au pronostic sa gravité.

Avec la matité, on note l'augmentation des vibrations vocales, lorsqu'on fait parler le malade. On ne saurait, dit Buchanam, assez insister sur ce fait, qu'il peut ne pas y avoir de toux ni d'expectoration, et que seule la matité et quelques râles suspects permettent au médecin de reconnaître dans ces cas douteux, l'existence d'une pneumonie hypostatique. Gustin fait remarquer que les crachats sont bien rarement rouillés ou jus de pruneau. En effet, il ne s'agit pas d'une pneumonie fibrineuse véritable, mais d'une pneumonie bâtarde. Les crachats sont demi-transparents, visqueux, mal

aérés, et souvent parsemés de stries sanguinolentes, mais moins fondues que dans la pneumonie véritable ; l'adhérence est aussi moins prononcée. Ce qui montre bien le caractère passif en quelque sorte de ces congestions hypostatiques, c'est que leurs signes physiques se modifient et se déplacent suivant l'attitude du sujet.

Les broncho-pneumonies sont un phénomène tardif, et qui se montre le plus souvent au moment de la convalescence. Dues à des infections secondaires, elles coïncident le plus souvent avec des parotidites, des phlegmons de l'amygdale, des érysipèles de la face, ou des escharres du sacrum, et dans ce dernier cas elles présentent une remarquable tendance à devenir gangreneuses. Les phénomènes réactionnels sont souvent peu accentués, à cause de l'abattement des malades épuisés par une longue maladie ; cependant l'embarras de la respiration qui s'accélère notablement, l'anxiété du malade, la teinte violacée de ses lèvres, le refroidissement rapide de ses extrémités, peuvent révéler l'état morbide qui vient de se greffer sur l'affection principale, d'autant plus qu'il existe fréquemment un point de côté révélateur. Les signes physiques sont de moins de secours que l'accélération du pouls, et l'élévation de la température ; la percussion ne donne des résultats sérieux, que lorsqu'il s'agit d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. L'auscultation fait entendre aux deux temps de la respiration, des râles sibilants aigus et sous-crépittants fins disséminés en avant et en arrière des deux côtés de la poitrine. Aux râles fins, s'ajoutent souvent des râles beaucoup plus gros qui se produisent dans

les grosses bronches. La maladie évolue le plus souvent avec une telle rapidité, que l'on ne peut constater que par l'autopsie sa transformation purulente ou gangreneuse.

La pleurésie est bien rare dans le typhus exanthématique. Si elle se montrait, on la reconnaîtrait surtout par l'existence des signes physiques qui lui sont propres, c'est-à-dire par la disparition des vibrations thoraciques quand on fait parler le malade, une matité absolue, du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone. Cette pleurésie tourne facilement à la purulence, ainsi que nous l'avons constaté en parcourant les auteurs ; le plus souvent dans les relations d'épidémie on parle d'empyème.

PRONOSTIC

Il est assez difficile de faire un pronostic général sur les différentes complications pulmonaires du typhus exanthématique. Celui-ci diffère en effet, suivant la nature des lésions. Quelle comparaison par exemple, établir entre la laryngite simple, si bénigne, qu'on retrouve pour ainsi dire constamment dans cette affection, et ces lésions graves auxquelles on a donné justement la dénomination de laryngo-typhus, pour les rapprocher de celles qu'on observe parfois dans le cours de la dothiéntérie?

Le catarrhe bronchique, tout aussi fréquent et tout aussi anodin que la laryngite simple, n'a aucune sorte d'importance. Mais il n'est plus de même, quand les petites bronches sont envahies. Et, en effet, l'inflammation en tuméfiant la muqueuse de ces canaux si étroits, les obstrue complètement. L'air n'y pénètre plus et ne peut plus arriver aux alvéoles pulmonaires pour y oxygéner le sang, et le sujet est voué par conséquent à l'asphyxie, pour peu que cet état se prolonge.

Il est certain aussi que l'hypostase, lorsqu'elle a rendu à peu près imperméables les bases des poumons, est une mauvaise chose, qui ne fait que hâter le dénouement fatal, d'autant plus que cet accident se produit comme nous l'avons principalement observé chez les individus profondément adynamiques et dont la circu-

lation se fait mal. Comme l'a fait remarquer Graves, dès qu'un individu se cyanose, même quand les autres phénomènes ne seraient pas très accentués, il faut songer au poumon et recourir au plus vite à la médication révulsive, car le danger que court le malade est très grand.

La pneumonie lobulaire est ordinairement funeste, parce que se produisant ordinairement au moment de la convalescence, elle se montre chez des individus profondément débilités. Quant à la broncho-pneumonie suppurée ou gangréneuse, Thoinot a dit avec raison qu'elle était absolument mortelle. Cette forme succède le plus souvent aux escharres du sacrum ou des membres. Elle s'annonce par une élévation, puis par un abaissement rapide de la température, et comme nous l'avons dit plus haut, les malades succombent rapidement dans le collapsus. La pleurésie est si rare qu'il ne vaut guère la peine d'en parler, d'autant plus que son pronostic semble être celui de la broncho-pneumonie suppurée ou de la gangrène pulmonaire qui l'a produite. En effet presque toujours c'est une lésion secondaire.

Mais le pronostic doit s'appuyer aussi sur le degré variable de résistance que présentent les malades. Il y a d'abord une question d'âge. Les vieillards, suivant Mossler (épidémie de Giessen) sont plus souvent atteints que les autres par les complications pulmonaires, et presque toujours chez eux elles seraient mortelles. Les enfants sembleraient devoir à ce point de vue prêter à des considérations analogues, et cependant il n'en serait rien, si on s'en rapporte à un article intéressant du

D^r Rautemberg (*Journal für Kinderkrankheiten*, LVI, 1871, p. 41.)

Il rapporte une série de cas de typhus exanthématique observés sur des enfants à l'hôpital Nicolas, de Saint-Pétersbourg. Il n'a pas remarqué que les complications fussent plus fréquentes que chez les adultes. Elles ont même été rares. Dans quelques cas seulement, on a noté de la bronchite plus ou moins généralisée. La broncho-pneumonie ne s'est montrée qu'une seule fois. Aucun de ces petits malades n'a succombé. Nous avons vu signalé dans les rapports des hôpitaux de Vienne et dans l'article du D^r Seliger (épidémie de Königsberg, 1881-82) cette particularité intéressante, que les tuberculeux succombaient très rapidement aux atteintes du typhus exanthématique.

DIAGNOSTIC.

Comme l'ont remarqué Buchanam, Chapain, etc., les complications pulmonaires, même les plus graves, sont loin de se révéler à l'observateur avec les caractères bruyants que l'on supposerait si volontiers. Buchanam avertit le médecin, d'examiner soigneusement les deux poumons par la percussion et l'auscultation, car, dit-il, il ne faut point s'imaginer que les congestions hypostatiques les plus intenses, les pneumonies lobulaires les plus graves, se révèlent toujours par de la toux et des crachats caractéristiques. En un mot, ce sont le plus souvent des affections larvées, dont il faut surveiller le moment d'apparition.

Aussi Graves conseille dans ses cliniques sur le typhus exanthématique d'ordonner de larges vésicatoires chez tous les malades atteints de cyanose.

Les lèvres bleuâtres, le teint congestionné indiquent, dit-il, que l'oxygénation du sang se fait mal, et l'action révulsive du vésicatoire appliqué à temps peut seule, prévenir de redoutables complications. Cependant, comme le dit Mossler et comme l'a vu aussi Nielly, lorsque l'hyperémie bronchique s'accroît, il est rare qu'il ne survienne pas une toux assez opiniâtre et assez prononcée pour attirer l'attention.

Ce sont les pneumonies hypostatiques qui présentent le plus de difficulté au point de vue du diagnostic. Souvent elles ne se révèlent que par la teinte asphyxique

des sujets, au peu d'exagération des vibrations vocales, quelques râles sous-crépitaux. Suivant quelques auteurs, les râles sibilants manqueraient, et il n'existerait, contrairement à la fièvre typhoïde, que des râles humides ; mais cela ne semble point vrai pour tous les cas et Mossler, Lebert, Buchanam n'ont point signalé ces différences.

La gangrène pulmonaire n'a point le temps d'évoluer. La mort du sujet est trop rapide, pour permettre à l'haleine fétide et à l'expectoration caractéristique de se produire. C'est donc une surprise d'autopsie, à moins que le sujet survive un temps suffisant. Cependant l'existence concomitante d'une escharre, et des phénomènes broncho-pulmonaires, peuvent éveiller les soupçons.

La pleurésie, très rare comme la gangrène pulmonaire, se reconnaîtra à ses signes habituels ; en définitive c'est l'accélération du pouls, l'accélération des mouvements respiratoires et l'élévation de la température, que l'on constate dans la plupart des cas, qui attirent l'attention du médecin du côté des poumons.

TRAITEMENT.

Le traitement des complications pulmonaires du typhus exanthématique repose sur les mêmes principes que celui de la maladie principale : c'est dire qu'il est purement symptomatique. La laryngite simple et le catarrhe bronchique léger, que l'on voit survenir comme un symptôme en quelque sorte nécessaire de l'affection, n'a guère besoin de l'intervention médicale, mais il n'en est pas de même quand les phénomènes inflammatoires se généralisent aux petites bronches, ou quand il survient une congestion aiguë subite du poumon, comme on en voit dans le typhus sidérant asphyxique. Il faut alors combattre de son mieux l'apparition de phénomènes si menaçants à l'aide de la médication révulsive. On recourra par exemple à l'emploi de nombreuses ventouses scarifiées, ou bien on fera appliquer aux deux bases du poumon de larges vésicatoires, afin d'agir rapidement et énergiquement. On pourra recourir aussi aux vomitifs, si la dépression du malade n'est pas trop considérable.

On peut admettre par exemple le remède suivant :

Ipéca pulvérisé	4 gramme.
Kermès minéral	50 centigrammes.
Camphre pulvérisé . . .	4 gramme.
Sucre de lait pulvérisé . .	10 —

Mélez et divisez en 10 paquets : Prendre un paquet toutes les deux heures.

On pourrait aussi recourir à la formule suivante, que Dujardin-Beaumetz emploie souvent dans les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde :

Oxyde blanc d'antimoine.	1 à 2 grammes.
Extrait de belladone.	0 gr. 05
Sirop d'opium	30 grammes.
Julep gommeux	150 —

Pour combattre l'adynamie et le collapsus qui favorisent si grandement la congestion passive des poumons, on recourra à la médication tonique, et on prescrira une des deux potions suivantes :

Hydrolat de tilleul.	90 grammes.
Extrait de quinquina jaune.	4 —
Musc.	50 centigr.
Sirop d'écorce d'oranges.	30 grammes.

A donner par cuillerées ; ou :

Acétate d'ammoniaque	10 grammes.
Teinture de canelle.	5 —
Extrait de quinquina	2 —
Eau distillée de mélisse.	120 —
Sirop d'écorce d'oranges amères	30 —

M. Laboulbène ordonne souvent à ses malades atteints de pneumonie hypostatique, la potion suivante qui a l'avantage d'agir un peu sur le cœur :

Julep gommeux	125 grammes.
Tartre stibié	15 centigr.
Digitale pulvérisée.	10 —
Sirop diacode	15 grammes.

Administrer cette potion par cuillerées de deux heures en deux heures.

Dans le cas où le cœur faiblirait et où on craindrait que la gêne de la circulation augmentât considérablement la stase pulmonaire, on donnerait la potion suivante :

Poudre de feuilles de digitale.	0 gr. 50
Julep gommeux	100 grammes.
Sirop thébaïque	10 —

Donner par cuillerées, d'heure en heure.

OBSERVATION I (inédite).

Le nommé M... (Eugène), journalier âgé de 35 ans, entre le 20 avril 1893 salle Bouley, n° 28, dans le service de M. le Dr Raymond. Courbature générale, grand malaise, fièvre intense. T. 39°, facies vultueux, langue sèche et rôtie, fuliginosités sur les lèvres, dyspnée. L'état de stupeur est tel qu'il répond très mal aux questions qu'on lui pose. Cependant, on apprend qu'il est alité depuis trois jours; rien au cœur, le pouls est petit, fréquent et dépressible. La dyspnée ayant attiré l'attention du côté des poumons, on constate que les vibrations vocales sont augmentées aux deux bases; le son est un peu obscur à la percussion : râles sous-crépitaux au même niveau. Le soir, la température est de 39°. Un peu de subdelirium, céphalalgie, rate petite.

Le 21 avril. Prostration toujours très grande, céphalalgie, dyspnée, râles.

Le 23. Un peu d'amélioration de l'état général mais pas de l'état vocal car la dyspnée semble augmenter. Le soir, la température remonte à 39°. Adynamie très marquée, il s'est produit une éruption caractéristique sur le thorax, l'abdomen et les membres. En certains points le processus congestif

est allé jusqu'à l'ecchymose et alors les taches ne s'effacent pas à la pression.

Le 24. Etat général et local de plus en plus mauvais, mort le soir dans le collapsus. A l'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, on trouve le cœur petit et flasque ; les poumons sont le siège d'un engouement considérable aux bases, principalement en arrière. Les bronches sont injectées, et on trouve en outre à certains endroits, des petits points durs résistants qui ne sont autre chose que la broncho-pneumonie diffuse à gros noyaux. Pas de pleurésie, rien à l'estomac, aux intestins, foie muscade, reins congestionnés.

OBSERVATION II (inédite).

L..., chauffeur, 39 ans, mal entrain depuis deux semaines environ, ressentant de la faiblesse généralisée, de la brisure dans les articulations, entre le 10 avril 1893 aux baraquements du service de M. Raymond, lit n° 2. Sa stupeur est telle qu'il répond mal aux questions qu'on lui pose. Visage vultueux et jambes enflées, l'abdomen ne présente rien du côté du tube digestif. Cœur normal, augmentation légère des vibrations vocales aux deux bases ; à ce niveau, le son clair des poumons est altéré et on constate un peu de submatité, les râles sous-crépitants sont nombreux aux bases des deux poumons, purpura sur les membres inférieurs. Température 39°5.

Le 12 avril. La dyspnée a augmenté, teinte bleuâtre des lèvres, les mouvements respiratoires sont accélérés, le purpura des membres inférieurs a diminué. On met des ventouses.

Le 13. La congestion pulmonaire a diminué, mais le malade ressent des douleurs très violentes, pas d'augmentation de la matité splénique, pas de diarrhée, crachats de bronchite.

Le 15. Eruption typhique, le malade passe à l'annexe de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III (Gillet).

X..., en religion sœur Evariste, de l'ordre des filles de la Sagesse, vient à Riantec à la fin de janvier 1870, pour concourir à la formation de l'ambulance. Elle visite les malades à domicile, dirige les soins hygiéniques, bref, reste de longues heures près des malades. Elle ressent un peu de malaise, le 28 février, s'alite le 2 mars, et se fait transporter le même jour à l'hôpital civil de Fort-Louis.

Le 3 mars, céphalalgie, brisement dans les articulations. P. 96, langue humide, blanchâtre, urines rares, bourbeuses, constipation. Comme traitement, limonade, huile de ricin, sulfate de quinine.

Le 4 mars, le purgatif est resté sans effet, la peau est sèche et brûlante, pouls large et peu dépressible, on compte 100 pulsations par minute, stupeur, injection de la conjonctive. on renouvelle les purgatifs.

Le 5 mars, selles peu abondantes, bilieuses et langue un peu nettoyée; 100 pulsations par minute, taches assez nombreuses d'un rouge obscur, peu d'albumine dans l'urine — la stupeur est la même.

Comme traitement, bouillon, eau vineuse et potion contenant 2 grammes d'extrait de quinquina.

Le 6. Même état.

Le 7. Délire, pas de pétéchies, toux plus fréquente, respiration embarrassée, râles sous-crépitaux aux deux bases.

Le 8. Même état, délire violent, il y a 110 pulsations par minute, légère odeur typhique.

Le 9. Affaiblissement considérable, la respiration est plus fréquente; les râles sont beaucoup plus nombreux aux deux bases; l'éruption est toujours dans le même état.

Le 11. Adynamie très marquée, expectoration abondante; langue rouge sans fuliginosités.

Les 12 et 13. Même état.

Le 14. Prostration moindre, le délire a disparu, l'intelligence est revenue.

A partir de ce moment la convalescence s'accroît. Guérison complète au bout d'un mois de telle sorte que la sœur Évariste peut reprendre ses fonctions.

OBSERVATION IV (Gillet).

X..., en religion sœur Pacifique, des Filles de la Sagesse, est venue remplacer sœur Évariste à Riantec. Elle tombe malade le 12 juin 1890 et se fait transporter le 13 à l'hôpital civil de Port-Louis. La maladie suivit chez elle, jusqu'au 21 juin, une marche analogue à celle qui eut lieu chez sœur Évariste. Mais à partir de ce jour, de nouveaux phénomènes apparaissent. Peau sèche, aride, ventre ballonné, respiration anxieuse quarante mouvements respiratoires par minute, toux très fréquente, pas d'expectoration. En arrière, de chaque côté jusqu'à l'épine de l'omoplate, la poitrine est remplie de râles crépitants fins.

Le 17 juin. État très grave, délire violent toute la nuit, respiration encore plus fréquente et plus brève que la veille, les râles sous-crépitaux sont encore plus abondants; ils éclatent en bulles innombrables. Selles involontaires.

Le 23. La nuit a été mauvaise; les vésicatoires ont produit d'énormes phlyctènes; mais sous leur influence la poitrine semble un peu débarrassée. Respiration 36 par minute. Il commence à y avoir un peu d'expectoration visqueuse.

Le 24. Délire moins continu, pouls 120, respiration 36 par minute. Expectoration plus abondante et plus facile.

Le 25. Plus de délire. La langue se nettoie.

Le 26. La convalescence s'affirme dès ce jour, expectoration très abondante.

OBSERVATION V (Gillet)

Les..., 44 ans, né à Plouhinec (Morbihan), domicilié à Locmiquélic, ouvrier du port, marié. Toute sa famille a eu le typhus, c'est-à-dire sa femme et ses trois enfants.

Le 7 octobre, Les... est pris de brisement général dans toutes les articulations et de malaise général qui persiste jusqu'au 9 octobre, époque où il est obligé de s'aliter.

Le 15. Il entre à l'hôpital de Port-Louis, affaiblissement extrême, peau chaude, taches d'un rouge sombre, toux sèche, pas de ballonnement du ventre qui est souple, râles nombreux à la base des deux poumons.

Le 18. Délire, expectoration difficile et quelques crachats muqueux : râles sous-crépitaux sur les côtés et sur les parties inférieures des poumons, deux selles liquides, rien du côté de l'abdomen.

Le 19. Adynamie profonde, le délire a cessé.

Le 20 juin. Le malade n'a pas la force de rejeter ses crachats, les râles sont nombreux dans les deux tiers inférieurs des poumons. Pouls 110, température 40°.

Le 21 octobre. Le malade crache avec peine, pouls plus développé moins dépressible : il promène les yeux tout autour de lui et semble sortir, comme d'un rêve.

Le 22. Langue plus nette, expectoration moindre.

Le 23. Pouls et température normaux : dès ce moment convalescence.

OBSERVATION VI.

P..., 40 ans, né à Locmihillic, gardien de vaisseaux, père de quatre enfants, constitution vigoureuse mais habitudes d'ivrognerie, tous ses parents ont été atteints de typhus précédemment ; son frère y a succombé il y a plusieurs mois. Sa femme est tombée malade du typhus en soignant une belle-

sœur. Vingt-six jours après le début de la maladie de sa femme il en est atteint lui-même, courbature généralisée, faiblesse dans les membres, céphalalgie.

Le 5 avril. Constipation opiniâtre, insomnie, face très rouge, éruption confluyente, ventre souple et indolore, augmentation assez notable de la matité du foie et de la rate, râles aux bases des poumons.

Le 6. Même état, éruption plus foncée, râles aux bases, pouls 110, température 39°, potion d'acétate d'ammoniaque.

Le 7. Délire violent, tremblement des extrémités, éruption généralisée, odeur typhique très prononcée, râles nombreux dans la poitrine, pas d'albumine dans l'urine.

Le 8, la nuit a été mauvaise, on a été obligé de mettre des vésicatoires, toux sèche, tremblement des mains, t. 40°, p. 120.

Le 9. Même état.

Le 10. État désespéré, pouls filiforme, collapsus, mort à 1 h. 30 du soir. A l'autopsie faite vingt-deux heures après la mort, on trouve les vaisseaux de la pie-mère dilatés et remplis d'un sang noir et un peu poisseux. Le cerveau présente à la coupe un pîcté rougeâtre abondant, les poumons sont le siège d'un engouement considérable à la partie inférieure; muqueuse bronchique injectée. Rien dans le péricarde, cœur un peu flasque.

OBSERVATION VII

M..., François-Pascal, 52 ans, né à Port-Louis, domicilié à Locmihillic, ouvrier du port, habite l'ancien couvent de Sainte-Catherine, situé dans une petite île de la rade de Lorient, relié à Locmihillic par un pont de quelques mètres de largeur. C'est le quartier le plus misérable de Locmihillic. M..., a soigné ses trois enfants qui tous ont eu le typhus exanthématique, il est pris lui-même à son tour le 5 novembre. On le transporte à l'hôpital: céphalalgie, abattement,

vive agitation sans délire, un peu de diarrhée, le 6, subdelirium, agitation, éruption.

Le 7, le délire augmente, les taches rosées se foncent, râles à la partie inférieure de la poitrine, principalement en arrière.

Le 8, adynamie de plus en plus marquée, selles involontaires, respiration très fréquente, odeur typhique prononcée, le soir mort dans le collapsus ; à l'autopsie, on constate une congestion intense des méninges et du cerveau, ainsi que la présence d'une sérosité louche dans les ventricules. Les poumons sont un peu emphysémateux au sommet, il y a un peu d'injection des grosses bronches, et engouement considérable à la partie inférieure et postérieure des poumons.

CONCLUSIONS

1° Les complications pulmonaires les plus fréquentes du typhus exanthématique sont la congestion hypostatique et la broncho-pneumonie;

2° La pneumonie véritable, la gangrène pulmonaire et la pleurésie semblent très rares dans le cours de cette maladie;

3° La mortalité varie suivant les cas, mais on peut dire que le pronostic, qui est grave chez tous les sujets atteints, l'est bien plus encore chez le vieillard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUCHANAM. — Reynolds system of medicin.
DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne.
GRAVES. — Leçons de clinique traduites en français par le professeur Jaccoud.
GESTIN. — Relation de l'épidémie de Brest, manuscrit déposé à la bibliothèque de l'École Navale.
GILLET. — Relation de l'épidémie de typhus exanthématique de Riantec. Thèse de Paris, 1872.
JACCOUD. — Traité de pathologie interne.
JACQUOT. — Dictionnaire pratique des sciences médicales, article Typhus exanthématique.
LAVERAN. — Maladies des armées, article Typhus exanthématique.
LEBERT. — Encyclopédie médicale de Ziemssen, article Typhus exanthématique.
LOEBL. — Bericht der Kaiserlichen krankenanstalt Rudolph Stiftung, 1865 et 1869.
MOSSLER. — Real Encyclopedie d'Eulembourg, 1880, article Flecktyphus.
MOERS. — Archives für Klinische medicin, 1866, 11^e volume, p. 36.
NIELLY. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article Typhus exanthématique.
PASSAUER. — Über den exanthematischen typhus in klinischen und Sanitats polizeibeziehung nach Beobachtungen Während der Ostpreussen epidemie des Jahrs, 1868-1869; Erlangen, 1869; Ferdinand Enke.
THOINOT. — Traité de médecine de Charcot et Bouchard.

- SELIGER. — Die Flecktyphus in den Jahren, 1880-1881-1882.
Berliner Klinische Wochenschrift, 1888, p. 1046.
- VITAL. — Le typhus en Algérie en 1867-68, in *Recueil de médecine militaire*.
— Bericht der Allgemeinen Krankenhause zu Wien, 1868-1869.
- LEBERT. — Beiträge zur genaueren Kenntniss der Verschiedenen Formen des Typhus (*Vierteiljahrschrift für den praeklinischen Heilkunde*, 1857).
- LENDRICK. — *Clinical observations on fever* (*London medical Gazette*, 1839).
- SOOMIS. — Typhus fever (lectures) *N.-Y. med. rec.*, 1881.
- MAC CLURG. — Typhus fever. *Medical et Surgical reporter*. Philadelphia, 1859-1860.
- MERCI. — On typhus fever. *Province med. journal*, 1852.
- TOMMASI. — Lezioni sul Tifo. Morgagni, 1868.
- TWEEDY. — On typhus fever and its symptomatology. *Medical circular Presse*, 1859, London.
- VOGEL. — Klinische Untersuchungen über den typhus (rapport verbal de Spring. *Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1857).
- RICHTER. — Pathologische und Therapeutische Bemerkungen über Typhus (*Wochenschrift für der gesammte Heilkunde*. Berlin, 1845).
- ROSENSTEIN. — Mittheilungen über Fleckfieber (*Archives für pathologische Anatomie*. Berlin, 1868).
- ROSS. — The pathology diagnosis and treatment of typhus fever. *Lancet*, London, 1842.
- SAUCEROTTE. — Lettre sur le typhus exanthématique. *Gazette médicale de Paris*, 1874.
- GRIESNER. — Über Fleckfieber. *Arch. der Heilkunde*, Leipzig, 1861.
- HALLA. — Typhus exanthematicus (*Allgemeine Medical Zeitung*, 1856).

KRIEGER. — Die Flecktyphus-epidemie in Fridrichshoff und Umgegend Kreis Ortelsburg, 1860-70.

KRUKENBERG. — Zur pathologie und therapie de typhus exanthematicus. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1880.

BELL. — Contributions to the pathology and therapeutic of typhus fever. Glasgow med. Journal, 1859-60.

BRESSLAUER. — Mittheilungen uber die Wahrend des epidemie, 1870-71 auf der Abtheilung professeurs Lebel's beobachteten Typhus fälle. Medical Jahrbericht. Wien, 1871.

CAMPBELL. — Cases of acute petechial typhus. Lancet, London, 1871.

HUNEAU. — Bad cases of typhus gravior. Lancet, London, 1830.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu : le Président,
STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

